



*Perguntas e Respostas*

*(Resumido)*

## F.A.Q - Perguntas Frequentes

### 1) Plano de saúde

- Cobertura nacional, com acomodação em Enfermaria ou Apartamento, sem coparticipação;

### 2) Tabela de preços

TABELA DE PREÇO 2019		
FAIXA ETÁRIA	UNIMED NACIONAL	UNIMED NACIONAL
	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0 A 18	R\$ 221,04	R\$ 280,85
19 A 23	R\$ 266,17	R\$ 332,19
24 A 28	R\$ 321,94	R\$ 432,16
29 A 33	R\$ 352,63	R\$ 486,38
34 A 38	R\$ 425,65	R\$ 521,31
39 A 43	R\$ 455,20	R\$ 606,13
44 A 48	R\$ 606,71	R\$ 797,35
49 A 53	R\$ 842,18	R\$ 1.021,78
54 A 58	R\$ 1.020,69	R\$ 1.195,22
ACIMA 59	R\$ 1.326,24	R\$ 1.685,12

### 3) Acomodação

De acordo com o plano (produto) escolhido o beneficiário faz a opção se prefere Enfermaria ou Apartamento.

### 4) Quem pode entrar?

Titular, aquele que está associado a Entidade de Classe e seus dependentes, tais como:

- Esposo(a);
- Companheiro(a);
- Filhos com idade até 23 anos 11 meses e 29 dias
- Enteados com idade até 23 anos 11 meses e 29 dias
- Tutelados, desde que comprovado com documento oficial;

### 5) Idade máxima para adesão aos produtos

- Neste início de projeto a idade máxima será de 58 anos, 11 meses e 29 dias.

### 6) Elegibilidade

- Ser vinculado ao órgão para estar elegível para a adesão.

### 7) Ficha Associativa

- Documento cadastral onde deverão constar alguns dados pessoais dos associados interessados na adesão de nossos produtos;

### **8) Taxa Associativa**

- Valor de R\$5,00 (cinco reais) que é pago para a manutenção da associação. NESTE PROJETO NÃO SERÁ COBRADA.

### **9) Taxa de cadastro (25,00)**

- Referente ao valor pago no ato da adesão para despesas administrativas.

### **10) Documentos necessários**

- Ficha associativa; comprovante de elegibilidade; RG\*; CPF\*; comprovante de residência; contracheque ou holerite.

\*Necessário também dos dependentes.

### **11) Pessoa de contato no Sindicato**

- O Sindicato disponibilizou a Colaboradora Márcia, telefone (81) 3221-6748 que ficará responsável pelas informações iniciais para a adesão dos benefícios, esclarecendo dúvidas ou buscando as informações necessárias junto a Administradora ou da própria entidade de classe.

### **12) Pessoa de Contato na Mega Administradora**

- A Administradora colocará à disposição dos associados a Sra. Mariane, responsável pelo recebimento e conferência das propostas e seus respectivos documentos para o envio a administradora para que seja providenciada a devida avaliação e sendo aprovada, realizará a adesão do Beneficiário;

### **13) Vigência**

- Data na qual o plano de saúde começa a vigorar e para tal se inicia a contagem das carências contratuais.

### **14) Carências**

- É o período estabelecido pela Operadora que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento.

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas (a partir da vigência)
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias (a partir da vigência)
Demais situações	180 dias (a partir da vigência)

**Carências:** Podem variar de Operadora para Operadora

**Nossas carências contratuais são:**

- 24 horas após a vigência – Acidentes Pessoais, Urgência e Emergência;
- 24 horas após a vigência – Consultas e exames Simples;
- 180 (Cento e oitenta) dias após a vigência – Fisioterapia;

- 180 (Cento e oitenta) dias após a vigência – Exames/ procedimentos especiais de diagnóstico e terapia; Cirurgias ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas; Exames/procedimentos que exijam internação; Exames/procedimentos que não estejam relacionados anteriormente e não estejam excluídos de cobertura ; Procedimentos incluídos no ROL de Procedimentos editados pela ANS a partir da RN 167/2008 e suas atualizações; Radiologia com intervencionista genética, mapeamento cerebral, órtese, prótese, radioterapia/oncologia, e terapia ocupacional;
- 300 (Trezentos) dias após a vigência - Parto a termo;
- 720 (setecentos e vinte) dias após a vigência Doenças e lesões preexistentes;

**Observações:**

1: Consultar o aditivo atual de cada vigência.

2: Haverá aproveitamento de carências para beneficiários advindos de outras operadoras congêneres, exceto para parto e doenças pré-existentes.

**Indispensável informar na proposta:** Número de telefone do cliente, e-mail do cliente e CNS de todos os beneficiários que constarem na proposta, evitando pendências e até mesmo devolução.

**Aditivos:** Na aquisição do plano, o cliente deverá assinar o aditivo vigente, e anexar este documento na proposta.

**15) Vencimento**

- É a data na qual o beneficiário deverá efetuar o pagamento referente a mensalidade do seu plano de saúde, na forma de boleto bancário. Atualmente trabalhamos com o vencimento 10 de cada mês.

**16) Rede credenciada**

- É composta de todos os estabelecimentos (hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios) que atendem a determinado tipo de plano.

Por meio do canal do beneficiário: <https://www.unimed.coop.br/guia-medico> você pode pesquisar sua rede de atendimento para clínicas, laboratórios e hospitais em todo o território brasileiro.

<p>Se você é cliente Unimed/NNE, digite seus dados.</p>	<p>Se você ainda não é cliente, selecione o plano e a rede que deseja pesquisar.</p>
<input type="text" value="000000000000"/>	<input type="text" value="Selecione o Plano"/>
- OU -	
<input type="text" value="Data de Nascimento (Só numeros)"/>	<input type="text" value="Selecione a Rede"/>
<input type="button" value="Próximo »"/>	<input type="button" value="Próximo »"/>